Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 71 del 25 marzo 2008 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Martedì, 25 marzo 2008** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06 85081

N. 70

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 17 dicembre 2007.

Linee guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

S O M M A R I O

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 17 dicembre 2007.

Linee guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante «Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile», ed in particolare l'art. 4, il quale attribuisce al Ministero della salute il compito di emanare delle linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche;

Sentiti i Ministri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e dei diritti e delle pari opportunità;

Acquisito il parere favorevole della Conferenza Stato-regioni nella seduta del 20 settembre 2007;

Decreta:

Art. 1.

Sono adottate le linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche, allegate come parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto entra in vigore dal giorno successivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 17 dicembre 2007

Il Ministro: TURCO

Registrato alla Corte dei conti il 31 gennaio 2008
Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali, registro n. 1, foglio n. 104

Allegato

LINEE GUIDA DESTINATE ALLE FIGURE PROFESSIONALI SANITARIE NONCHÉ AD ALTRE FIGURE PROFESSIONALI CHE OPERANO CON LE COMUNITÀ DI IMMIGRATI PROVENIENTI DA PAESI DOVE SONO EFFETTUATE LE PRATICHE DI MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE PER REALIZZARE UNA ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, ASSISTENZA E RIABILITAZIONE DELLE DONNE E DELLE BAMBINE GIÀ SOTTOPOSTE A TALI PRATICHE
(art. 4 – Legge n. 7 del 2006)

PREMESSA
La legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante " Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", all'art. 4, prevede la definizione di Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile, per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

Le Linee Guida sono formate da due parti interdipendenti: una di carattere socio-antropologico che introduce alla tematica delle mutilazioni genitali femminili, illustrando le profonde motivazioni psicologiche, economiche, sociali e culturali, le caratteristiche del fenomeno in Italia, gli strumenti giuridici disponibili per contrastarlo; l'altra costituita dalle vere e proprie Linee Guida per gli operatori sanitari e gli operatori socio-culturali che operano con le comunità di immigrati, perché possano affrontare correttamente queste problematiche nell'esercizio della loro professione, per assistere e riabilitare le donne che ne sono state vittime e per prevenirne il ricorso. Pertanto la parte introduttiva assume nell'economia del documento un'importanza pari alle indicazioni tecnico-sanitarie. Si vuole infatti intenzionalmente evitare di dare una visione del problema solo dal punto di vista medico, proprio perchè le Mutilazioni genitali femminili non sono una patologia ma il risultato di credenze radicate nella coscienza individuale e collettiva dalle quali non si può prescindere per una presa in carico della salute della persona.

Con questo strumento si vuole dare anche una prima risposta, certamente non esaustiva, ad una esigenza di conoscenza di queste problematiche emersa nell'ambiente sanitario a seguito dell'arrivo in Italia di donne provenienti da paesi a tradizione escissoria, che ricorrono alle strutture sanitarie. Un problema poco, se non affatto, affrontato nella formazione universitaria in Italia, sul quale però gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Nazionale e privati sono chiamati ad operare.

L'obiettivo è quello di offrire uno strumento di lavoro agli operatori sanitari, ma anche agli operatori socio-culturali, per accogliere e curare, con attenzione e professionalità, le donne che hanno subito mutilazioni genitali, senza manifestazioni di imbarazzo, di sorpresa o di curiosità, come è stato a volte denunciato, perché possa essere instaurato quel rapporto di fiducia medico-paziente, che è il primo passo da parte delle donne per una diversa presa di coscienza del proprio corpo e del proprio benessere, ma anche per avviare un dialogo finalizzato a prevenire che le figlie di queste stesse donne possano a loro volta essere sottoposte a mutilazioni.

Presupposto di questo lavoro è un deciso rifiuto di ogni legittimazione di tradizioni culturali che contrastano con i principi che sono a fondamento della Costituzione italiana e un convinto sostegno alla formazione ai diritti umani, alla valorizzazione della dignità della persona, al sostegno all'esercizio delle libertà fondamentali delle donne.

1. LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

1.1 Che cosa sono le mutilazioni genitali femminili

1. Con l'espressione mutilazioni genitali femminili si fa riferimento a tutte le forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche. Si conoscono vari tipi di mutilazioni genitali femminili con diversi livelli di gravità, di cui la più radicale è comunemente chiamata infibulazione. Una pratica diffusa prevalentemente dell'Africa Subsahariana che l'immigrazione ha fatto conoscere anche in Europa e in Italia [1]

2. Il termine mutilazione utilizzato con riferimento a queste pratiche, è stato introdotto alla fine degli anni settanta, in sostituzione del termine circoncisione femminile, per sottolinearne i danni irreversibili sulla salute delle donne. Tale termine è stato adottato nella terza Conferenza del Comitato inter-africano sulle pratiche tradizionali che riguardano la salute delle donne e dei bambini, tenutasi ad Addis Abeba nel 1991, e nello stesso anno è stato raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come termine da utilizzare in ambito Nazioni Unite.[2]

3. L'uso della parola "mutilazione", descrittivo della pratica, rafforza la connotazione negativa legata alla violazione dei diritti delle donne e delle giovani, un termine per questo accettato dalla comunità internazionale e dalle associazioni di donne africane, un termine che però crea disagio in chi profondamente crede nella bontà di queste pratiche che ascrive tra gli atti di "genitorialità" patriarcale finalizzati alla crescita e all'accettazione sociale delle proprie figlie ed ai meccanismi matrimoniali cui rimandano.

Un certo numero di esperti provenienti da paesi africani considera il termine mutilazione connotato troppo negativamente e pertanto usa preferibilmente il termine "cut" "taglio", perché più neutro e proprio per questo raccomandato dall'United States Agency for International Development (USAID). [3] Nelle presenti Linee Guida sarà adottato il termine Mutilazioni Genitali Femminili, d'ora in poi MGF, coerentemente con i livelli di consapevolezza raggiunti da molte donne dei Paesi in cui queste pratiche sono diffuse, avendo nello stesso tempo rispetto per chi ancora vive secondo la tradizione.

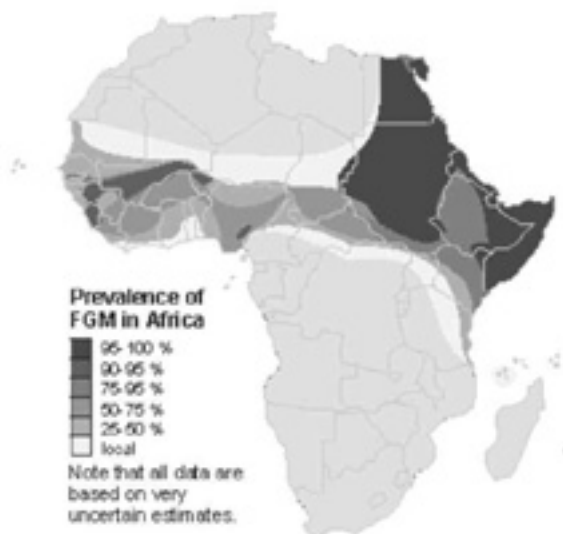
1.2 Dove sono diffuse le mutilazioni genitali femminili

4. L'OMS stima che sono dai 100 ai 140 milioni le donne nel mondo sottoposte a MGF[4] e che le bambine sottoposte a tali pratiche sono, ogni anno, circa 3 milioni[5]. Le MGF sono diffuse in 28 paesi africani e in Medio Oriente (Iran, Iraq, Yemen, Oman, Arabia Saudita, Israele). Tracce di MGF si rinvengono anche in alcuni paesi asiatici come l'Indonesia, la Malesia o in alcune regioni dell'India.[6] In alcuni paesi, come l'Egitto, la Guinea, il Sudan, il Mali, la Somalia le donne tra i 15-49 anni sottoposte a MGF superano il 90%, in Eritrea e in Etiopia sono tra l'80 e il 90%, in Burkina

---

[1] *World Health Organization (WHO), Female genital mutilation, Fact sheet n. 241, giugno 2000*
[2] *Unicef, Changing harmful Social Convention: female genital mutilations/catting, Innocenti Digest 2005*
[3] *Yoder, P, Nourreddine Abderrahim, and Arlinda Zhuzhuni, , Female Genital Cutting in the Demographic and helath Surveys: A critical and Comparative Analysis, Demographic and Health Surveys (DHS), Comparative Reports n. 7, 2004*
[4] *WHO, 2000 op.cit.*
[5] *Unicef, 2005, op. cit.*
[6] *www.state.gov/g/wi/rls/rep/9276.htm*

Faso e in Mauritania sono tra il 70 e l'80% (Mappa 1, Tabella 1). Negli altri paesi le percentuali a livello nazionale sono notevolmente più basse, ma, al loro interno, si riscontra una forte concentrazione in alcune regioni.

Mappa 1. Diffusione delle MGF in Africa

FONTE: © afrol News *Afrol Archives Based on UN agencies, Amnesty, US govt.*[7]

[7] *Le principali fonti sulla diffusione delle mutilazioni genitali sono Demographic and Health Surveys e Multiple Indicator Cluster Survey, realizzate attraverso questionari in gran parte dei paesi, ma non in tutti. Indicazioni che tengono conto di studi e fonti di informazioni locali sono contenute nel sito del governo americano, che è anche il governo che finanzia le varie rilevazioni. I dati riportati nelle tabella e nella mappa tengono conto dell'insieme di queste rilevazioni.*

Tabella 1. Diffusione delle MGF nei Paesi africani per tipologia

Paese	Prevalenza (% sulla pop.)	**Tipo**
Benin	17	escissione
Burkina Faso	77	escissione
Camerun	14	clitoridectomia e escissione
Centrafrica	36	clitoridectomia e escissione
Ciad	45	escissione e infibulazione
Costa d'Avorio	45	escissione
Congo	5	escissione
Egitto	97	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Eritrea	89	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Etiopia	80	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Gambia	75	escissione e infibulazione
Ghana	12	escissione
Gibuti	95	escissione e infibulazione
Guinea	99	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Guinea Bissau	50	clitoridectomia e escissione
Kenya	32	clitoridectomia, escissione e some infibulazione
Liberia	50	escissione
Mali	92	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Mauritania	71	clitoridectomia e escissione
Niger	5	escissione
Nigeria	19	clitoridectomia, escissione, parte infibulazione
Senegal	30	escissione
Sierra Leone	75	escissione
Somalia	94	infibulazione
Sudan	90	infibulazione e escissione
Tanzania	18	escissione, infibulazione
Togo	15	escissione
Uganda	5	clitoridectomia e escissione

Fonte: © afrol News *Afrol Archives , UN agencies, Amnesty, DHS*

5. Un'analisi disaggregata dei dati infatti mostra una diffusione molto disomogenea sia all'interno del continente che all'interno dei vari paesi a seconda delle etnie che vi abitano, del livello di urbanizzazione, del livello di istruzione delle donne stesse. Si tratta di un costume in forte cambiamento in molti dei paesi africani, grazie ai movimenti delle donne in difesa dei propri diritti, al contrasto dei governi locali, alle azioni di contrasto promosse dalle organizzazioni internazionali e dalle ONG[8].

1.3 Le minorenni sottoposte a mutilazione genitale femminile

6. Le modalità di esecuzione delle MGF variano a seconda dei paesi e delle etnie, dalle forme più radicali a quelle più blande. In tutti i paesi le MGF sono praticate su bambine per espressa volontà e convinzione della madre, dei genitori e dell'intera comunità. E' una caratteristica ricorrente che gli uomini, che hanno il vero potere decisionale, rimangano invisibili. Può variare l'età delle bambine: in Egitto oltre il 90% sono "mutilate" tra i 4 e i 15 anni, in Etiopia, Mali e Mauritania il 60% prima dei 5 anni, nello Yemen il 76% nelle prime due settimane di vita. Variazioni analoghe si possono riscontrare anche all'interno dello stesso paese: in Sudan ad esempio, il 75% delle bambine subiscono le mutilazioni tra i 9-10 anni in Sud-Darfur, mentre il 75% delle bambine in Kassala sono mutilate tra i 4-5 anni. Sebbene minoritarie, non mancano situazioni in cui le MGF, se non praticate da bambine, vengono praticate nell'adolescenza, al momento del matrimonio, durante la gravidanza o al momento del parto[9]. Studi recenti hanno evidenziato un graduale abbassamento dell'età delle bambine sottoposte a MGF, spiegabile sia dalla maggiore facilità di occultare queste pratiche laddove sono proibite, ma anche dalla maggiore facilità di vincere eventuali resistenze da parte di bambine consapevoli. [10]

1.4 Chi effettua le mutilazioni genitali femminili

7. Le MGF sono una pratica diffusa principalmente in alcuni Paesi dell'Africa. Nei villaggi dei Paesi interessati vi sono donne, generalmente anziane e autorevoli, che con rudimentali strumenti, in condizioni igieniche precarie, con anestetici e disinfettanti naturali, intervengono sulle bambine, traendo da questa attività un reddito[11]. Crescente è la tendenza alla medicalizzazione di questo rito, e quindi alla pratica di MGF all'interno di strutture sanitarie ad opera di operatori sanitari. Si fa notare che, essendo una pratica che menoma la funzionalità di parti vitali di una persona, prevalentemente di minore età, senza alcuna finalità terapeutica, è proibita dalle leggi della maggior parte dei Paesi occidentali e africani, oltre che dalla comunità scientifica.

1.5 Origini storico-culturali delle mutilazioni genitali femminili

8. La pratica delle MGF risale indietro nel tempo. Secondo alcuni, si rinvengono tracce nell'antico Egitto, come testimonierebbe l'espressione "circoncisione faraonica" e successivamente nell'antica Roma, periodo al quale potrebbe essere legata anche la coniazione del termine infibulazione, da fibula, applicata a giovani schiavi di ambo i sessi, a giovani gladiatori e alle giovani schiave, per impedire loro rapporti sessuali e gravidanze.

---

[8] *Demographic and Health Surveys (DHS) – Unicef statistiche per paese aprile 2006*
[9] *Unicef, op. cit. e Yoder, P. ed altri, op. cit.*
[10] *H. Lightfoot-Klein, prisoners of ritual: some contemporary developments in the History of female Genital Mutilation, paper presentato al Secondo Simposio Internazionale sulla Circoncisione a San Francisco 30 aprile-3 maggio 1991; E. Bilotti, La pratica della Mutilazione genitale femminile, Mediterranean Review n. 3 1997*
[11] *Bilotti, E. op. cit.; Yoder, P. op. cit.*

Ne parla Erodoto come di una pratica conosciuta tra i Fenici, gli Ittiti, gli Etiopi e gli Egiziani. Menzione viene fatta anche nella letteratura medica antica: un medico greco (Soramus) che praticava ad Alesseria e a Roma, descrive dettagliatamente gli strumenti utilizzati, mentre un altro medico (Aetius) descrive le diverse fasi dell'operazione. "Entrambi sostengono che lo scopo era quello di far diminuire il desiderio sessuale".[12]
Altre ipotesi si potrebbero fare, tutte ugualmente probabili, ma una cosa è certa: non è stato l'Islam ad introdurre in Africa le MGF, già presenti prima della sua diffusione. Si tratta di pratiche tribali, che in alcune comunità islamiche, ma certamente non in tutte, hanno trovato assenso e, a volte, condivisione di principi. Tuttavia non vi sono evidenze scientifiche di una correlazione tra religione e diffusione delle pratica delle MGF, in quanto nei paesi in cui la pratica è molto diffusa, lo è indistintamente tra la popolazione islamica e la popolazione cristiana (rispettivamente 99,4 e 93,8% in Guinea, 91,9 e 75,5% in Mali, 77,9 e 66.0% in Burkina Faso). Sembra invece che la diffusione di queste pratiche possa essere spiegata più facilmente dall'appartenenza etnica.[13]

9. Ma se poco rilevante è il legame tradizione escissoria-religione, molto più importante è il ruolo che tali pratiche tradizionali hanno nella definizione dell'identità di genere e nella formazione dell'appartenenza etnica, oltre che nella definizione dei rapporti tra i sessi e le generazioni.

10. Le MGF vengono collocate tra le tradizioni che segnano il passaggio dall'infanzia all'età adulta, un rito attraverso il quale si diventa "donna". Un'identità di genere costruita socialmente che darebbe senso ad un'identità biologica, attraverso la manipolazione fisica del corpo, l'asportazione della parte "maschile" dell'apparato genitale femminile (clitoride). Una manipolazione che costringe le bambine future donne a movimenti contenuti e misurati per le ferite subite, ad una andatura flessuosa e lenta più rispondente al ruolo che alla donna è attribuito nella società. Una manipolazione che già dall'infanzia pone fine ad ogni forma di promiscuità tra bambine e bambini, perché le bambine non sono più in grado di fare quei giochi che richiedono una libera espressione del proprio corpo.

11. La ritualità, più o meno marcata a seconda dei paesi, si trasmette da madre in figlia, da generazioni di donne ad altre generazioni all'interno di un mondo femminile che soltanto ad operazione avvenuta si apre alla collettività, che però esercita in ogni momento una forte pressione sulle decisione di tutte le donne[14].

1.6 Le ragioni delle mutilazioni genitali femminili

12. ***Socio-culturali.*** In alcune comunità vi è la credenza che soltanto con la rimozione del clitoride una donna possa raggiungere la maturità e divenire a pieno titolo componente della comunità. Le MGF sono considerate anche una forma di controllo della sessualità della donna, che solo privata di una parte dei suoi organi genitali, potrà mantenersi vergine e casta. Significa anche "purificare la donna" dei genitali esterni perché, secondo alcune tradizioni, questi hanno effetti negativi sulla sua salute mentale, ma anche sulla vita del proprio marito e dei futuri figli. In questo contesto culturale le MGF aprono alle donne le porte del matrimonio, che in molte comunità comporta anche accesso alla terra e quindi alla sopravvivenza. La trasmissione di credenze e valori associati alle MGF avviene attraverso una forte pressione sociale dell'intera comunità sulle giovani generazioni e sulle loro famiglie. Un ruolo importante è giocato dalle donne anziane, generalmente persone autorevoli e rispettate dall'intera comunità, che hanno nelle MGF una fonte sicura di reddito.

---

[12] *Bilotti, E. op. cit.*
[13] *Yoder, P., ed altri, op. cit.*
[14] *Pasquinelli, C., (a cura) Antropologia delle Mutilazioni genitali femminili, AIDOS; 2000*

13. ***Igieniche ed estetiche.*** Le comunità che praticano le MGF associano ai genitali femminili esterni un'idea di bruttezza e di nocività, pensano che se non opportunamente ridotti, possono continuare a crescere condizionando la vita della donna. La rimozione, più o meno radicale, delle parti esterne rende la donna più bella da un punto di vista estetico e più pulita da un punto di vista igienico, un concetto di bellezza cui è associato un significato più profondo di purezza spirituale.

14. ***Spirituali e religiose.*** Alcune comunità derivano questo imperativo dalla religione e credono, pertanto, che le MGF siano indispensabili per rendere le giovani donne pure spiritualmente. In alcune realtà musulmane si tende a credere che il Corano prescriva tali pratiche, ma ciò non è assolutamente vero. Non risultano tali prescrizioni da alcun testo sacro.

15. ***Psicologiche e sessuali.*** In alcune comunità si tende a sostenere la necessità di MGF per prevenire una incontrollata attività sessuale delle giovani donne, dovuta ad una crescita eccessiva del clitoride che aumenterebbe il desiderio sessuale. Le MGF sarebbero quindi necessarie per preservare la verginità delle giovani donne che possono così giungere al matrimonio vergini, per tutelare gli uomini e l'intera comunità da una vita sessualmente dissoluta. Si crede inoltre che il restringimento della vagina possa provocare un maggior piacere per l'uomo nel rapporto sessuale, e quindi prevenire l'infedeltà e i divorzi. In alcune comunità si crede inoltre che le MGF possano favorire la fertilità.

1.7 Le ragioni del contrasto alle mutilazioni genitali femminili

16. Gli organismi internazionali (OMS, Unicef, Unfpa), gli Stati, siano essi occidentali che africani o medio orientali, sono tutti concordi nel ritenere che le MGF rappresentano una grave violazione dell'integrità fisica, psichica e morale delle donne, una grave violazione di uno dei diritti umani fondamentali che è il diritto alla salute.

17. E' dimostrato da diversi studi, come dalla pratica medica quotidiana, che le MGF comportano serie conseguenze sulla salute fisica e mentale delle bambine e delle donne, anche per le patologie legate alle complicanze che ne derivano che dipendono dalla gravità delle mutilazioni, dalle condizioni igieniche in cui sono eseguite ma anche nelle quali abitualmente vivono le donne, dall'abilità delle persone che eseguono l'intervento.

18. Le MGF causano complicanze a breve, medio e lungo termine legate soprattutto a patologie infiammatorie, ostetriche, psico-sessuali, esiti cicatriziali che condizionano la salute della donna e del neonato.

19. Le MGF, in alcuni casi chiamate anche circoncisione femminile, si differenziano dalla circoncisione maschile, praticata e consentita in molti paesi per ragioni religiose ed igieniche, perché sono pratiche tradizionali che hanno come effetto la mutilazione irreversibile del corpo delle donne e l'alterazione violenta dell'identità psicofisica, senza alcuna giustificazione nell'interesse della salute. Per questo, a differenza della circoncisione maschile, che non è invalidante, sono proibite.

2. LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI IN ITALIA

2.1 Movimenti migratori

20. I flussi migratori che hanno interessato l'Italia negli ultimi trenta anni hanno introdotto anche comportamenti, costumi e tradizioni precedentemente sconosciuti.
La consapevolezza della presenza di donne che hanno subito MGF sul territorio nazionale si è avuta nel corso dei primi anni novanta, quando con il rinsaldarsi dei processi di integrazione, le donne straniere hanno avuto accesso ai servizi sanitari sia per ricevere assistenza nel periodo di gravidanza e nel momento del parto sia per curare patologie specifiche derivanti dalle MGF.
Oggi, in Italia, sono due gli aspetti assunti da questo fenomeno:

1. presenza di donne escisse e infibulate provenienti da Paesi dove vige la tradizione della pratica escissoria;
2. giovani donne e bambine che rischiano o subiscono la pratica delle MGF durante il periodo di permanenza in Italia, o comunque durante un periodo di vacanze nel paese di origine dei genitori.

21. Di fronte ai due aspetti sono state messe in atto strategie diverse: di fronte a problemi di salute delle donne derivanti dalle MGF le strutture sanitarie e gli operatori della sanità hanno risposto con il loro aggiornamento e adeguamento per offrire tutte le cure possibili e garantire la salute della donna; di fronte alla possibilità che tale tradizione possa essere continuata anche in Italia nei confronti di bambine che vi vivono, sono state previste severe norme di condanna, di cui la legge n. 7/2006 è l'espressione più recente. In Italia infatti ogni alterazione non terapeutica dell'organismo è un reato.

2.2 Dimensioni del fenomeno

22. Vi è un'obiettiva difficoltà a quantificare l'estensione del fenomeno nei due suoi principali aspetti: numero di donne che hanno subito una delle pratiche escissorie, bambine potenziali vittime di escissione. Sono stati condotti studi per stimare la consistenza di entrambi gli aspetti del fenomeno, in Italia, ma più frequentemente all'estero, concentrando l'attenzione sulle comunità provenienti da paesi nei quali questa tradizione è radicata, che hanno portato, più che alla rilevazione di statistiche, alla emersione delle numerose variabili che possono influenzare la consistenza e la dinamica del fenomeno in ogni paese di immigrazione. La metodologia più diffusa è quella di prendere in considerazione le comunità presenti sul territorio provenienti dai Paesi interessati da queste pratiche e la loro composizione per età, ed ipotizzare che queste comunità possano adottare gli stessi comportamenti di quelle in patria.

23. Questa metodologia non porta tuttavia a risultati certi. La durata dell'esperienza migratoria infatti, le caratteristiche del paese di accoglienza, ma anche la particolare congiuntura economica corrispondente al periodo di integrazione, oltre alla dimensione della comunità immigrata, influenzano fortemente i comportamenti degli immigrati, il loro livello di apertura e integrazione nella società di accoglienza, quindi il loro attaccamento alle tradizioni. Più elevato è il livello di integrazione, (misurabile dall'inserimento degli immigrati nei segmenti centrali del mercato del lavoro, dall'innalzamento del livello di istruzione delle donne, dall'inserimento scolastico dei minori, dall'accesso ai servizi sanitari e sociali, dalla partecipazione alla vita del paese), più elevata è la propensione ad abbandonare pratiche tradizionali, addirittura condannate nei Paesi di accoglienza.[15]

[15] *Morrone, A., Vulpiani, P., Corpi e simboli, Armando Editore, 2004, pp. 73-74*

24. Avendo presente tutte queste precauzioni, si può azzardare una stima del fenomeno.
Secondo i dati forniti dal Ministero dell'Interno, in Italia la presenza di donne straniere titolari di permesso di soggiorno valido al 31 luglio 2006 (Tabella 2), provenienti da Paesi a tradizione escissoria è pari a 188.047, di cui 125.421 (66,7%) ha tra i 19-40 anni, 54.738 (29,1%) ha oltre 40 anni, 7.070 (3,8%) ha dai 14-18 anni e 818 sono bambine con meno di 13 anni (0,4%). Questa ultima fascia di età corrisponde alle potenziali vittime. Un dato questo globale, che va ulteriormente ridotto sulla base dell'ipotesi che già in origine non tutte le donne provenienti dai paesi indicati appartengono ad etnie o comunità che praticano le MGF.

25. Se si dovesse attribuire alle comunità presenti in Italia la stessa diffusione delle MGF riscontrata tra la popolazione dei paesi di origine, il dato complessivo delle donne interessate si ridurrebbe ad un valore medio del 50%, pari ad un valore assoluto di 93.809 persone, questo senza tener in considerazione il fatto che molte delle donne appartenenti ad etnie e comunità che praticano le MGF cambiano i loro comportamenti a seguito dell'esperienza migratoria, nella maggior parte dei casi verso un abbandono progressivo delle pratiche di mutilazione, in alcuni invece verso il rafforzamento dei legami con le tradizioni e con i paesi di origine[16].

26. Procedendo secondo questa metodologia, assumendo, in modo non proprio scientifico, un omogeneo comportamento per tutte le fasce di età, si ottengono i seguenti risultati: rispetto ad un totale di 93.809 donne, le bambine a rischio si ridurrebbero a 409, a 3.535 le bambine dai 14 ai 18 anni, a 62.710 le donne dai 19 ai 40 anni (la fascia delle madri) e a 26.098 le donne con oltre 40 anni (donne mature).

27. Da questi dati, per quanto approssimativi e parziali - si devono infatti aggiungere quelli riguardanti le donne clandestine provenienti dalle stesse aree- si possono tuttavia trarre alcune considerazioni sulla presenza del problema in Italia: il problema c'è e riguarda un numero limitato e ben individuabile di persone. Questo non ne riduce la gravità, che è data dalle violazioni dell'integrità della persona che le mutilazioni producono, e rimane elevata anche se riguarda una sola persona a rischio. Il Servizio Sanitario Nazionale e gli operatori del settore hanno intercettato questo problema su tutto il territorio nazionale nel corso dello svolgimento delle loro funzioni e le loro testimonianze ne confermano le ridotte dimensioni.

[16] Pasquinelli, C., op. cit.; Unicef, 2005, op. cit. pag. 27

Tabella 2. ***Donne straniere titolari di permesso di soggiorno alla data del 31 luglio 2006 provenienti da Paesi con tradizione escissoria***

Nazionalità	Numero	Tasso di prevalenza (%MGF/pop)*	Dato corretto
Benin	1.307	17	222
Burkina Faso	5.450	77	4.197
Camerun	4.229	14	592
Centrafrica	73	36	26
Ciad	84	45	38
Congo	3.236	5	162
Costa d'Avorio	9.757	45	4.391
Egitto	45.873	97	44.497
Emirati Arabi Uniti	22	0	0
Eritrea	6.883	89	6.126
Etiopia	5.001	80	4.001
Gambia	446	75	335
Ghana	22.996	12	2.760
Gibuti	29	95	28
Guinea	1.391	99	1.377
Guinea Bissau	99	50	50
Guinea Equatoriale	30	0	0
Kenya	1.100	32	352
Liberia	1.133	50	567
Mali	460	92	423
Mauritania	584	71	415
Niger	669	5	33
Nigeria	23.772	19	4.517
Oman	11	0	0
Papua Nuova Guinea	11	0	0
Repubblica democratica del Congo	966	5	48
Senegal	43.324	30	12.997
Sierra leone	683	75	512
Somalia	3.739	94	3.515
Sudan	1.300	90	1.170
Tanzania	639	18	115
Togo	2.032	15	305
Uganda	354	5	18
Yemen	105	23	24
Zambia	162	0	0
Zimbabwe	97	0	0
TOTALE	188.047	50	93.809

**I tassi di prevalenza sono tratti dal DHS e quando non disponibili da altre fonti (Unicef o studi settoriali)*

2.3 Principi di intervento

28. Ogni bambina, ogni donna è portatrice di un diritto alla salute, all'integrità della propria persona, al di là di ogni tradizione e convenzione.
Non cadere in un falso relativismo culturale, di rispetto di tradizioni che contrastano con i principi fondamentali della Costituzione italiana e delle più importanti convenzioni internazionali, ratificate anche da molti Paesi che praticano le MGF.
Conoscere queste tradizioni nella loro giusta dimensione, evitare stigmatizzazioni e/o criminalizzazioni.
Predisporre il terreno al dialogo, all'accoglienza di chi di queste pratiche è stato vittima, di chi in merito a queste pratiche si trova a decidere in contrasto con la propria coscienza, con la propria comunità.
Far sapere alle comunità interessate che in Italia queste pratiche sono proibite, non per una forma di discriminazione nei loro confronti né per una forma di avversione alla loro cultura, ma in nome di principi universali di libertà, di uguaglianza tra uomini e donne, della tutela dell'integrità fisica e psichica dei minori, del rispetto della dignità della persona: principi che in Italia sono diritti di tutti, anche delle donne provenienti da Paesi a tradizione escissoria, principi posti a base della convivenza.

29. Fare in modo che le strutture sanitarie siano preparate per affrontare queste problematiche, che gli operatori sanitari e socio-culturali siano informati sull'esistenza di queste tradizioni e sappiano offrire alle donne sottoposte a tali pratiche l'assistenza necessaria sia nella maternità, che nelle patologie legate a queste pratiche.
Fare in modo che gli operatori sanitari abbiano un'informazione scientifica - medica, sociologica ed antropologica - per stabilire relazioni positive con le donne che si rivolgono alle strutture sanitarie e con le comunità che praticano le MGF.

30. Fare in modo che operatori sanitari e sociali siano in grado di contrastare la pratica di MGF sul nostro territorio sottraendo a questo destino le bambine. Per rispettare il diritto delle bambine alla salute, ad una vita sessuale piena e alla funzione riproduttiva sana. Ma non basta parlarne, seppur in modo corretto, a livello divulgativo. E' necessario che gli operatori sanitari e gli operatori sociali acquisiscano una conoscenza scientifica di queste problematiche nel corso della loro formazione universitaria e post-universitaria.

3. LA LEGISLAZIONE

3.1 La legislazione in Italia

In Italia la tutela della salute è uno dei principi fondanti della Costituzione, che all'art. 32 precisa " La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".
In questa ottica si pone ogni altro intervento legislativo, inclusa la legge n. 7 del 9 gennaio 2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" appositamente varata per il contrasto delle mutilazioni genitali femminili. Tale Legge è divisa in due capitoli, e fa precedere significativamente le misure preventive alle misure punitive, in considerazione del fatto che una prevenzione efficace, potrebbe vanificare le misure di repressione, perché non ci saranno bambine sottoposte alle MGF. Inoltre, prevede risorse finanziare per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione. Prevede infatti la realizzazione di campagne di informazione con il coinvolgimento delle organizzazioni con esperienza in questo settore e delle comunità interessate dalle mutilazioni genitali femminili, la formazione del personale sanitario e socio-sanitario per affrontare i problemi sanitari incontrati dalle donne che hanno subito la pratica delle Mutilazioni genitali anche con la definizione di linee guida specifiche, la realizzazione di materiale informativo compresa la creazione di un numero verde presso il Ministero dell'Interno.

Le misure punitive vanno a modificare gli articoli 583 e 604 del Codice penale, introducendo, con l'art. 583 bis il reato di pratica di MGF ed inasprendo le sanzioni per chi le provoca, in particolare prevedendo la detenzione da 4 a 12 anni per chi pratica le mutilazioni, in assenza di esigenze terapeutiche e con lo scopo di modificare le funzioni sessuali della vittima, aumento della pena di un terzo quando la vittima è una persona minore, e possibilità di punire l'autore anche quando l'intervento è eseguito all'estero su cittadina italiana o straniera residente in Italia. Una aggravante è prevista poi per il personale medico, con la radiazione dall'albo e la sospensione dell'esercizio della professione.

Già prima della legge specifica sull'argomento, in Italia l'art. 5 del Codice Civile definisce gli *Atti di disposizione del proprio corpo* vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica del corpo umano, l'art. 582 del Codice Penale configura il reato di lesioni personali dalle quali derivano una malattia nel corpo e nella mente e il successivo art 583 del Codice Penale individua tra le circostanze aggravanti di detto reato effetti riconducibili alle pratiche di MGF in esame. Inoltre è previsto il divieto ai medici di effettuare pratiche di MGF già dai vari Codici di Deontologia Medica e da ultimo dal nuovo Codice di Deontologia Medica – F.N.O.M.C.eO., del 16 dicembre 2006, che all'art. 52 dal titolo "*Torture e trattamenti disumani* " recita: "*Il medico non deve praticare per finalità diverse da quelle diagnostiche e terapeutiche, alcuna forma di mutilazione o menomazione né trattamenti crudeli, disumani o degradanti*".

3.2 La legislazione negli altri Paesi occidentali

I Paesi occidentali che, a seguito dei flussi migratori, hanno ospitato sul proprio territorio comunità provenienti da Paesi a tradizione escissoria hanno un apparato di norme che contrastano la pratica di mutilazione genitale femminile sul proprio territorio; alcuni hanno legiferato specificatamente in merito, altri ricorrono a norme già in vigore, volte alla tutela dell'integrità fisica della persone, delle donne e dei minori.

Paesi con leggi specifiche
Svezia. E' stato il primo Paese occidentale ad adottare una legge che proibisce le MGF: Legge n. 316 del 27 maggio 1982.
Gran Bretagna. E' in vigore The U.K. Female Genital Mutilation Act 2003 (chapter 31-2003) ottobre 2003, che ripropone con modifiche la legge del 1985. A questi provvedimenti si aggiunge il Children Act del 1989, che consente l'allontanamento del minore dalla famiglia, qualora tale misura costituisca l'unica alternativa per la protezione del bambino, unitamente al divieto per i genitori di portare il minore all'estero.
Norvegia. E' in vigore la legge n. 74 del 15 dicembre 1995 che proibisce la MGF dal 1998.

Paesi che proibiscono le MGF nell'ambito di norme contro la violenza sui minori, violenza fisica in generale.
Belgio. La legge 28 novembre 2000 sulla protezione penale dei minori, reintroduce nel codice penale, all'art. 29, sanzioni specifiche contro chi pratica MGF
Francia. Pur non avendo una norma specifica sulle MGF, è applicabile a tale pratica l'art. 312 del Codice Penale, come sostenuto dalla Corte Costituzionale (20/08/1983).
Germania. Anche in questo Paese sono applicati alle MGF gli articoli del Codice Penale sulla violenza fisica (artt. 223, 224, 226), uno dei quali parla di "perdita di capacità di procreare" ma non nomina esplicitamente le MGF.
Olanda. L'art. 11 della Costituzione stabilisce il diritto della persona all'integrità fisica, all'autodeterminazione e alla libertà dalla violenza fisica perpetuata da altri. Ogni violazione fisica non terapeutica è considerata una violenza. L'ambiente medico e le organizzazioni femminili africane si sono opposti a una proposta governativa di autorizzazione di riti simbolici.
Spagna. La legge organica 11/2003 del 29 settembre, che prevede misure in materia di sicurezza dei cittadini, la violenza domestica e l'integrazione sociale degli extracomunitari, prevede la modifica dell'art. 149 del Codice penale introducendo sanzioni specifiche contro chi pratica MGF
Svizzera. Il Codice Penale punisce le pratiche di MGF, assimilabili a lesioni corporali gravi, quindi ritenute violazione dei diritti umani.
Australia. La Queen' Law Commission del 1996 raccomanda di valutare le MGF come mutilazione e non come tradizione. Sei degli otto Stati dell'Australia hanno adottato leggi specifiche che proibiscono le MGF.
Canada. L'art. 268 del Codice Penale (1997) emendato, dalla legge C-27 del 27 aprile 1997, comprende tra le lesioni aggravate le MGF. Dal 1993 è in vigore il Refugee Board Guidelines che contempla la possibilità per le donne di chiedere asilo per persecuzioni sulla base del genere, tra cui è prevista la mancanza di protezione rispetto alle MGF.
Nuova Zelanda. Le modifiche, in vigore dal 25 febbraio 2002, apportate al Crimes Amendament Act (1995) comprendono il divieto esplicito di pratiche di MGF.
Stati Uniti. La legge sull'immigrazione illegale – Illegal Immigration reform e Immigrant responsability Act - vieta ogni pratica di MGF su minorenni. 15 Stati americani hanno adottato una legge ad hoc sulle MGF. Nel 1996 il Tribunale Amministrativo d'Appello ha riconosciuto le MGF come forma di persecuzione basata sull'appartenenza di genere, pertanto riconosciuta come motivo valido per il riconoscimento dello status di rifugiato.

3.3 La legislazione nei Paesi africani.

Nessun governo di nessun Paese africano dichiara apertamente il sostegno alle MGF. Molti hanno approvato leggi nazionali contrastanti le pratiche tradizionali, che però trovano grandi difficoltà nella loro attuazione.

Benin. In vigore la legge 3 marzo 2003 sulla repressione di pratiche di MGF.
Burkina Faso. La legge n. 43/96/ADP del 13 novembre 1996, ha emendato il Codice Penale, prevedendo all'art. 380 sanzioni per chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali femminili e sanzioni più gravi in caso di morte.
Camerun. Non vi è una specifica legge, ma gli articoli 277-281 del codice penale possono essere usati anche nei casi di MGF.
Ciad. La legge n. 6/PR/2002 concernete la promozione della salute prevede anche la proibizione delle MGF.
Costa D'Avorio. Nel 1998 è stata approvata una legge che definisce mutilazione la violazione dei genitali femminili e prevede per queste pratiche sanzioni specifiche.
Djibuti. Nel 1995 è stato emendato il Codice Penale che, all'art. 333, punisce chi pratica le MGF.
Egitto. Un decreto del Ministro della Sanità del 1996, proibisce le MGF; che nel 1997 è stato convalidato, dopo impugnazione, dalla Corte Costituzionale. La motivazione recita esplicitamente che la pratica non rientra nelle tradizioni islamiche. Una sentenza del Consiglio di Stato (dicembre 1997) vieta tali pratiche anche in presenza del consenso della giovane e dei suoi genitori.
Eritrea. Un provvedimento del Governo di Asmara del 31 marzo 2007 punisce chiunque richiede, partecipi o promuove interventi MGF.
Etiopia. La Costituzione del 1994 stabilisce che lo Stato deve proteggere le donne da pratiche e costumi nocivi, che, pertanto, sono proibiti.
Ghana. La Costituzione del 1992 stabilisce che sono proibite tutte le pratiche che ledono il benessere fisico e mentale della persona e all'art. 39 rincalza stabilendo che sono abolite tutte le pratiche tradizionali dannose per la salute ed il benessere della persona. Il Codice Penale condanna esplicitamente le MGF.
Guinea. E' in vigore la legge n. 2005, approvata nel febbraio 2006 sulla proibizione delle MGF**.** La Costituzione inoltre contiene un articolo che sostiene il diritto all'integrità fisica della persona e condanna tutte le forme di trattamento inumano.
Kenya. Il Chief Act del 1982 sancisce l'illegittimità della pratica e punisce chi ne è responsabile. Il Children Act n. 8 del 2001 contiene inoltre un'esplicita condanna delle MGF.
Mali. Legge n. 02-44 del 24 giugno 2002 sulla salute riproduttiva proibisce le MGF mentre l'ordinanza 04-019 incorpora il Protocollo di Maputo nella legge.
Mautitania. Ordinanza n. 2005-015 e capitolo II articolo 12 del Codice penale che proibisce le pratiche di MGF nei minori.
Niger. Legge n. 2003-025 che ha emendato il codice penale criminalizzando ogni forma di MGF.
Nigeria. Non c'è una legge federale, ma molti stati hanno adottato leggi specifiche di proibizione delle MGF .
Repubblica Centro Africana. Nel 1996 il Presidente ha emanato una ordinanza che proibisce le MGF, con l'obiettivo di conformarsi alla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo.
Repubblica democratica del Congo. Non vi è una specifica legge, ma gli articoli 46-48 del Codice Penale possono essere utilizzati anche nei casi di MGF.
Senegal. Il Codice Penale, rivisto nel gennaio 1990, prevede, all'art. 299 esplicitamente che chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali di una persona di genere femminile è soggetto alla punizione del carcere da 6 mesi a 5 anni.

Sudan. Nel 1946 è stata approvata una legge che proibiva l'infibulazione; successivamente (1976) la legge è stata è stata rivista in modo meno restrittivo.
Tanzania. Nel 1998 è stato modificato il Codice Penale che stabilisce, all'art. 169A, sanzioni per chi pratica MGF su minori di diciotto anni.
Togo. Nel n. 16 del 1998 è stata approvata una legge che prevede sanzioni per chiunque pratichi MGF e invita il Servizio Sanitario Pubblico a fornire le cure eventualmente necessarie alle vittime.
Uganda. La Costituzione del 1995 proibisce ogni legge, cultura, costume o tradizione contrarie alla dignità della persona, al benessere o all'interesse delle donne o che ne compromettono lo status.

3. 4 Convenzioni internazionali per la protezione delle donne dalle mutilazioni genitali femminili

Le MGF violano le principali convenzioni internazionali relative ai diritti umani, ai diritti delle donne e ai diritti del fanciullo. Le convenzioni, sottoscritte dai Paesi occidentali e africani, nel contrastare le MGF tendono a garantire alle donne e alle bambine:
- il diritto alla salute;
- il diritto a non essere soggetto a pratiche crudeli e degradanti;
- il diritto all'integrità fisica e sessuale;
- il diritto alla riproduzione.

Diritto alla salute. Le MGF, che compromettono la salute e la vita delle donne e dei bambini, rappresentano una palese violazione a numerose convenzione ONU ed altri Organismi internazionali:
- *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* (1948): proclama il diritto di ogni essere umano di vivere in condizioni tali da godere buona salute e assistenza sanitaria e all'art. 3 stabilisce il diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della persona;
- *Convenzione dei diritti del fanciullo* (1989): offre strumenti di prevenzione delle MGF e all'art. 24 stabilisce che gli Stati devono prendere tutte le misure efficaci ed appropriate per abolire le pratiche tradizionali che possono risultare pregiudizievoli alla salute del fanciullo;
- *Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donn*e, approvata dall'Unione Europea nel 1981: stabilisce la parità di accesso ai servizi sanitari, alla pianificazione familiare;
- *Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo* (1990): propone molti dei diritti della Convenzione sui diritti del fanciullo in nome dei quali si può promuovere il contrasto delle MGF;
- *Carta africana dei diritti umani e dei popoli* (1981): afferma che gli esseri umani sono inviolabili.

Diritto a non essere soggetto a trattamenti crudeli e degradanti. Le MGF, secondo documenti internazionali, rappresentano una forma di trattamento crudele e degradante nei confronti delle donne e delle bambine:
- *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* (1948): l'art. 5 recita "nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamenti o a punizioni crudeli, inumani o degradanti", e l'art. 22 recita "ognuno, come membro della società, ……ha diritti sociali e culturali indispensabili per la sua dignità e il libero sviluppo della sua personalità";
- *Convenzione ONU contro la tortura e altri trattamenti e punizioni disumani e degradanti* (1989): definisce la tortura come ogni azione che intenzionalmente causa ad una persona pene gravi o sofferenze, fisiche e mentali, per motivi di discriminazione, in presenza o per conto di un funzionario pubblico;

- *Convenzione ONU sui diritti del fanciullo* (1989): l'art. 37 afferma che nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e degradanti;
- *Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo* (1990): l'art. 5 dichiara che ogni individuo ha il diritto al rispetto della dignità insita in ogni essere umano e al riconoscimento dello status legale e proibisce ogni forma di trattamento che viola tale dignità. Raccomanda inoltre agli Stati di eliminare pratiche sociali e culturali pericolose che influenzano il benessere, la dignità, la normale crescita e il normale sviluppo del bambino.

Diritto all'integrità fisica e sessuale. Le MGF violano l'integrità fisica e sessuale delle donne e delle bambine, come sostenuto da documenti internazionali:
- *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* (1948): l'art. 3 sostiene il diritto di ognuno alla vita, alla libertà e alla sicurezza della persona;
- *Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione delle donne* (1979): condanna ogni discriminazione sulla base del sesso, che ha come obiettivo quello di porre la donna in una condizione di inferiorità rispetto all'uomo;
- *Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa* (2003), conosciuto come il Protocollo di Maputo: nel promuovere la parità dei diritti tra uomo e donna, all'art. 5 impegna gli Stati a condannare e a proibire ogni pratica pregiudizievole che si ripercuote negativamente sui diritti umani delle donne, contrari agli standard internazionalmente riconosciuti; all'art. 14 afferma il diritto alla salute sessuale e riproduttiva.

Diritto alla riproduzione.
- *Raccomandazione sull'uguaglianza dell'uomo e della donna nel matrimonio e nella famiglia* (1994), ad integrazione della Convenzione ONU per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione delle donne, ha riconosciuto il diritto alla donna di programmare il numero dei figli;
- *Il Protocollo alla Carta africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa* (Protocollo di Maputo, 2003), impegna gli Stati ad assicurare il diritto delle donne alle salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva.

4. LINEE GUIDA

4.1 Premessa

La formazione del personale che opera in ambito sanitario è una delle azioni prioritarie per la tutela della salute delle donne e delle bambine immigrate, in materia di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle stesse già sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile.
Tale personale è rappresentato dal personale medico (pediatra, ostetrico-ginecologo, neonatologo, chirurgo etc.) e da ogni altro operatore sanitario che comunque si relazioni con le donne e con le bambine già sottoposte a tali pratiche (ostetriche, infermiere, psicologi).
La formazione degli operatori sanitari è fondamentale per facilitare la comunicazione, soprattutto in riferimento all'approccio da tenere con le donne e le bambine già sottoposte a tali pratiche, al fine di far fronte ai loro bisogni sanitari e psicosociali e per formarle ad una fisicità in linea con la tutela della salute.

Determinante è anche la formazione delle figure professionali (mediatori/trici culturali, assistenti sociali, volontariato) che operano con le comunità di immigrati provenienti dai Paesi con tradizioni escissorie.
Un ruolo importante è, inoltre, anche quello svolto dagli operatori della scuola (insegnanti, responsabili della formazione e dell'educazione alla salute).

4.2 Nota metodologica di classificazione delle raccomandazioni

Le seguenti Linee Guida sono state elaborate tenendo conto dei criteri e dei metodi previsti dal Manuale Metodologico "Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica" (ASSR maggio 2002).
Le raccomandazioni riportate nelle presenti Linee Guida sono classificate con lettere che indicano in senso decrescente la forza delle raccomandazioni rispetto alla qualità delle prove scientifiche che ne supportano l'uso.
La classificazione di una raccomandazione secondo la gradazione A, B, C, D, E non rispecchia solo la qualità metodologica delle prove disponibili, ma anche il peso assistenziale dello specifico problema, i costi, l'accettabilità e la praticabilità dell'intervento.
Questo schema differenzia chiaramente il livello di prova dalla forza delle raccomandazioni cercando di utilizzare le due dimensioni in modo relativamente indipendente, pur nell'ambito della massima trasparenza e secondo i criteri espliciti alla base degli schemi di grading.

Livelli di evidenza

- **I** Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
- **II** Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
- **III** Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
- **IV** Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
- **V** Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo
- **VI** Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference.

Forza delle raccomandazioni

- **A** L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
- **B** Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
- **C** Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
- **D** L'esecuzione della procedura non è raccomandata
- **E** Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

- √ Condotta di "buona pratica clinica" basata sull'esperienza del gruppo che ha sviluppato le linee guida

4.3 Raccomandazioni per le figure professionali sanitarie

In materia di approccio e trattamento delle MGF, appaiono quanto mai necessarie Linee Guida tecniche per il management clinico, codici di comportamento sulla qualità dell'assistenza, servizi sanitari specializzati per la cura e la consulenza medica e psicologica.

Gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbero avere una conoscenza di base di che cosa sono le MGF, gli aspetti sanitari, antropologici e sociologici ad esse connessi.
I medici di base e i pediatri di libera scelta dovrebbero essere in grado di cogliere i risvolti sanitari delle MGF e di individuare il rischio che eventualmente potrebbe correre una bambina che vive in comunità con tradizioni escissorie.

Gli operatori sanitari delle strutture che registrano molti casi di utenti sottoposte a MGF dovrebbero disporre di protocolli operativi per facilitare la cura di queste donne, per riuscire ad incrementare la probabilità di ricorso fiduciario al Servizio Sanitario Nazionale, per instaurare un rapporto di fiducia con uno stesso operatore, onde evitare alla donna ripetute esposizione della propria e delicata storia e assicurare la continuità terapeutica.
Tutti gli Enti che lavorano in questo campo dovrebbero essere collegati tra loro a livello nazionale e a livello europeo. Dovrebbe esistere un meccanismo di approccio coordinato tra tutti gli Enti a livello europeo per valutare gli aspetti etici e medico-legali.[17]

L'eventuale riscontro di una MGF avvenuta durante la permanenza in Italia comporta l'obbligo di denuncia alle Autorità competenti. (Legge 9 gennaio 2006, n. 7, art. 6).

Ogni operatore sanitario che si occupi di salute femminile dovrebbe essere in grado di rispondere ai bisogni delle donne che hanno subito le MGF.	√

In primo luogo l'operatore sanitario dovrebbe avere cognizione di che cosa sono le MGF, conoscere le comunità che con maggiore probabilità praticano le MGF, in modo da essere pronto a svolgere il suo dovere al meglio ed evitare alla donna l'esperienza di essere trattata come un caso speciale. Tutto il personale medico dovrebbe essere in grado di accogliere le richieste di aiuto delle donne con MGF, fare diagnosi ed indirizzare, per patologie specifiche, a personale specializzato.

Personale specializzato dovrebbe essere previsto per affrontare le situazioni a rischio, trattare patologie particolarmente complesse come ad esempio gli interventi chirurgici di deinfibulazione (in preparazione del parto, durante il parto o per libera scelta della donna per la sua salute e benessere).	**A**

Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari aspetti che coinvolgono le MGF, quali le caratteristiche etnico-geografiche della popolazione coinvolta, le basi sociali e culturali, al fine di poter attuare nel modo migliore sia la prevenzione che l'assistenza.	**B**

[17] Leve, E, Powell RA, Nienhuis G., Caleys P., Temmerman M., health care in Europe for women with genital mutilation. Health Care Women Int. 2006 Apr. 27 (4): 362-78

In materia di MGF determinante è il ruolo e l'attività degli operatori sanitari sia dal punto di vista medico che ostetrico ed infermieristico, sia nella prevenzione che nell'assistenza alle donne che le hanno subite. La conoscenza da parte di questi operatori dell'importanza delle MGF nella tutela della salute delle donne e delle bambine, dei rischi di danni alla salute portati dalle MGF, delle sue basi sociali e culturali permette loro, attraverso la creazione di un rapporto di fiducia, di cogliere e soddisfare i bisogni delle donne stesse e di prevenire le MGF nelle bambine.

E' determinante per l'operatore sanitario far percepire alle donne che è informato sulle tradizioni e sulle caratteristiche culturali ed etno - geografiche delle MGF, che è consapevole delle possibili complicanze, e che è capace di avere un approccio consapevole privo di ogni pregiudizio e disponibile all'ascolto. Gli operatori sanitari, nella loro attività professionale, devono essere in grado di intuire se una bambina corre il rischio di essere sottoposta ad una pratica di MGF, informando i familiari o chi ne fa le veci dei danni psico-fisici e delle conseguenze legali, e segnalando, ove necessario, il caso ai servizi sociali, per l'eventuale presa in carico.

L'operatore sanitario deve seguire la gravidanza e il parto, cercando di prevenire o di gestire le complicazioni che le MGF possono presentare al momento del parto, a tutela della salute del bambino e della donna. Contestualmente l'operatore sanitario può utilizzare il rapporto stabilito con la paziente per procedere alla deinfibulazione e informarla della impossibilità per la legge italiana di procedere alla reinfibulazione dopo il parto. Nel caso della nascita di una bambina va impostato un rapporto con la mamma, ma anche con il padre, al fine di poter seguire la crescita della bambina e accompagnare i genitori in un processo di riflessione sui diritti delle donne e delle bambine, per prevenire così il ricorso alle MGF.

Se il medico ha le necessarie informazioni culturali e scientifiche sulle MGF, l'impostazione di un rapporto medico-paziente disteso e di fiducia evita reticenze, imbarazzi e curiosità.	**A**

L'approccio ad una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere di tipo multidisciplinare.	**B**

Le donne con MGF che si rivolgono al Servizio Sanitario Nazionale possono richiedere assistenza alla gravidanza, al parto e al periodo post-partum o per complicanze sanitarie di tipo urologico e/o ginecologico. Oltre al medico di base, le figure sanitarie specialistiche interessate sono i ginecologi, i neonatologi, i pediatri, gli urologi e le ostetriche.

Il primo aspetto da curare nell'incontro tra paziente e professionista sanitario dovrebbe essere quello della comunicazione interpersonale.	**A**

Molte donne con MGF possono essere di recente immigrazione, provenire da realtà rurali, avere livelli di istruzione bassi, quando non analfabete, non avere dimestichezza con le strutture sanitarie, ma soprattutto avere difficoltà a comprendere un approccio alla salute diverso dal loro.

L'approccio clinico e psicologico ad una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere effettuato preferibilmente da operatori di sesso femminile (ginecologhe, infermiere, ostetriche, psicologhe). Ove ciò non è possibile l'operatore sanitario di sesso maschile dovrebbe essere sempre assistito ed operare alla presenza di una o più collaboratrici di sesso femminile.	**A**

Oltre al problema dell'accettazione di un operatore sanitario uomo da parte della donna vi è il problema della comprensione linguistica.

Se necessario, sarebbe opportuno avere la collaborazione di interpreti e mediatrici culturali, di solito meglio accettate dalle donne stesse, nel rispetto della loro cultura e tradizione.	**B**

Se l'operatore sanitario non ha una preparazione linguistica oltre che culturale specifica, la soluzione ideale è rappresentata dalle mediatrici culturali.
In molti casi il ruolo di mediazione linguistico-culturale è svolto dal marito, una mediazione non sempre neutrale, che può alterare il rapporto medico-paziente.
Se non vi sono segnali di disagio da parte della donna, almeno nella prima fase tale mediazione va accettata e può addirittura rappresentare una opportunità per coinvolgere anche il marito in una riflessione sul valore della salute, in particolare della donna e sulle MGF.

Molta attenzione dovrà essere posta al linguaggio.
Molte donne pur conoscendo l'italiano potrebbero non conoscere i termini tecnici delle parti genitali modificate, e , quindi potrebbe essere utile l'utilizzo di illustrazioni, anche tenendo conto che alcune donne con MGF potrebbero non conoscere l'anatomia degli organi genitali integri.

Molta attenzione dovrà essere posta al senso del pudore.
Molte donne potrebbero trovare imbarazzo a svestirsi e a farsi visitare anche da altre donne, per cui dovrebbero essere limitate le visite a quelle appropriate. Se è opportuna la consulenza di altri specialisti, è necessario informare adeguatamente la donna

Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari tipi di MGF, tenendo presente che è sempre necessario adattarsi alla descrizione fatta dall' interessata, al fine di creare una relazione interpersonale positiva e non ferire la suscettibilità della donna o della bambina che ha subito MGF.	**A**

Bisogna tuttavia tenere in considerazione il fatto che, spesso, non c'è corrispondenza tra ciò che viene riportato dalle donne sottoposte ad MGF e l'effettivo grado della mutilazione; più precisamente le donne tendono a sottostimare l'estensione della procedura. [18]

[18] Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. BMJ, 2006 Jul 15; 333 (7559):124. Epub 2006 Jun 27.

Molti sono i termini per descrivere la mutilazione genitale femminile a seconda dei diversi gruppi culturali; in questo contesto viene adottata la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).
Infatti, secondo la definizione dell'OMS la mutilazione genitale femminile comprende tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o ad altri danni agli organi genitali femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche (Tabella 3).

Tabella 3 - Classificazione delle MGF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità	
I tipo	Asportazione del prepuzio, con o senza l'asportazione di parte o di tutto il clitoride (figura 2). Altri termini usati per descrivere le pratiche di I tipo includono circoncisione, circoncisione ritualistica, sunna.
II tipo	Asportazione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra (figura 3 e 4). Altri termini usati per descrivere le pratiche di II tipo includono clitoridectomia, sunna.
III tipo	Asportazione di parte o della totalità dei genitali esterni e sutura/restringimento del canale vaginale (infibulazione), (figura 5 e 6). Altri termini usati per descrivere le pratiche di III tipo includono infibulazione, circoncisione faraonica e circoncisione somala .
IV tipo	- taglio, foratura o incisione del clitoride e/o delle labbra; - estensione-allungamento del clitoride e/o delle labbra; - cauterizzazione con bruciature del clitoride e dei tessuti intorno ad esso; - scorticatura dei tessuti attorno all'orifizio vaginale (tagli "anguria") o taglio della vagina eseguito longitudinalmente (tagli "gishiri"); - introduzione di sostanze o erbe corrosive nella vagina per causare un sanguinamento o allo scopo di restringerla; - ogni altra pratica che possa rientrare nella definizione di mutilazione genitale femminile data sopra.

Female Genital Mutilation

"Female genital mutilation (FGM), often referred to as 'female circumcision', comprises all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs whether for cultural, religious or other non-therapeutic reasons. There are different types of female genital mutilation known to be practised today1. They include:
Type I - excision of the prepuce, with or without excision of part or all of the clitoris;
Type II - excision of the clitoris with partial or total excision of the labia minora;
Type III - excision of part or all of the external genitalia and stitching/narrowing of the vaginal opening (infibulation);
Type IV

- pricking, piercing or incising of the clitoris and/or labia;
- stretching of the clitoris and/or labia;
- cauterization by burning of the clitoris and surrounding tissue;
- scraping of tissue surrounding the vaginal orifice (angurya cuts) or cutting of the vagina (gishiri cuts);
- introduction of corrosive substances or herbs into the vagina to cause bleeding or for the purpose of tightening or narrowing it;
- and any other procedure that falls under the definition given above."

WHO, FACT SHEET N. 241, JUNE 2001

L'OMS sta attualmente rivedendo la classificazione adottata nel 1997 in collaborazione con l'UNICEF (United Nations Children's Fund), l'UNFPA (United Nations Population Fund)e l'UNIFEM (United Nations Development Fund For Women). Nella nuova versione, non ancora adottata formalmente, compare un quinto tipo che fa riferimento alle pratiche simboliche che consistono nel fare un piccolo taglio o pungere il clitoride per provocare la fuoriuscita di alcune gocce di sangue.

Le MGF presentano diverse varietà di rappresentazioni, di seguito se ne riportano alcuni esempi.

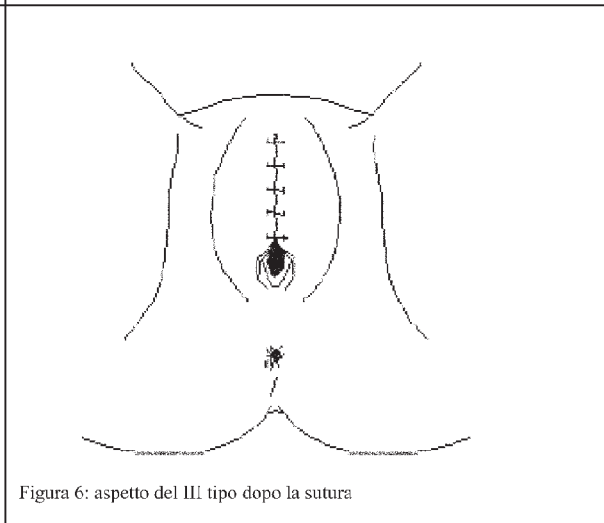
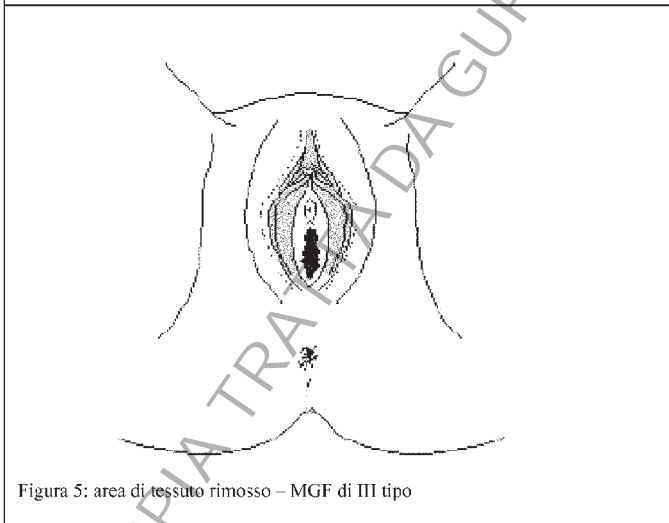
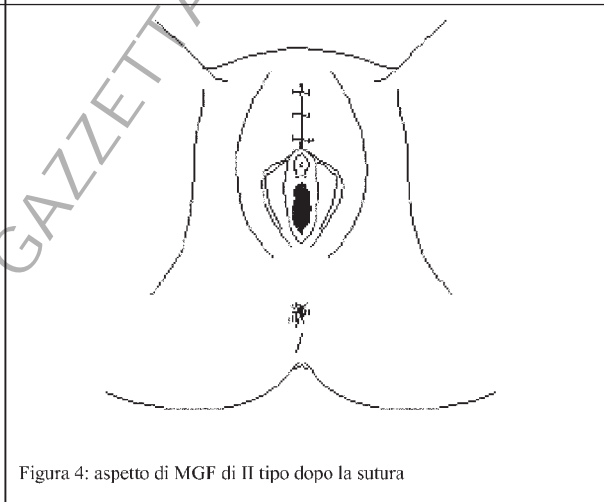
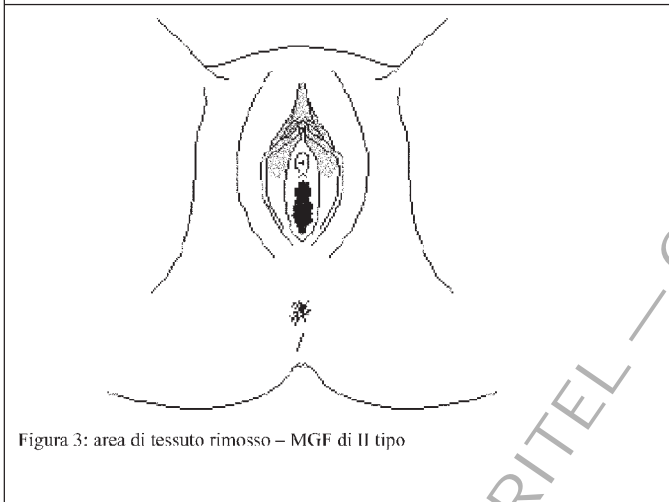
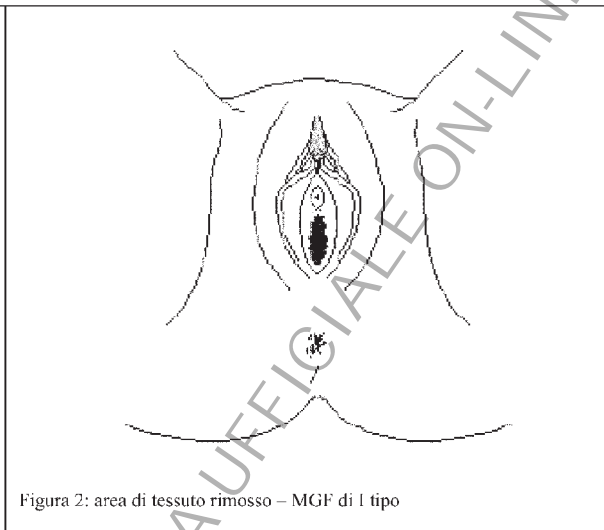
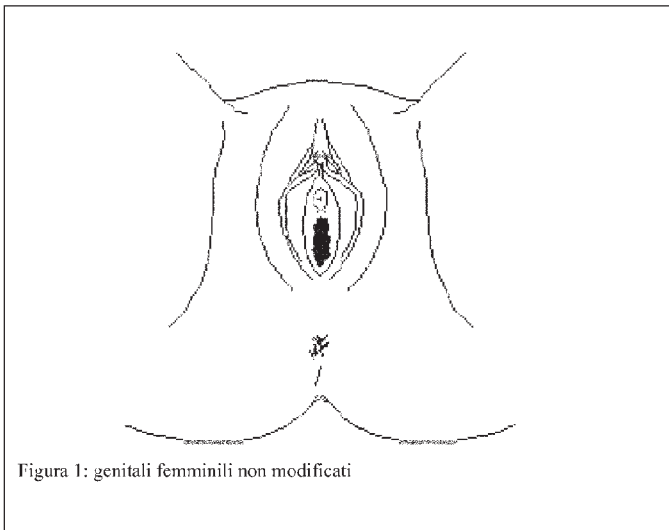
Figura 1: genitali femminili non modificati

Figura 2: area di tessuto rimosso – MGF di I tipo

Figura 3: area di tessuto rimosso – MGF di II tipo

Figura 4: aspetto di MGF di II tipo dopo la sutura

Figura 5: area di tessuto rimosso – MGF di III tipo

Figura 6: aspetto del III tipo dopo la sutura

Le conseguenze sanitarie delle MGF con le relative complicanze, sulla base della classificazione OMS e di una revisione della letteratura scientifica, sono così individuate:

- *Complicazioni immediate*, soprattutto nei casi di MGF di III tipo (infibulazione): difficoltà a urinare, ritenzione urinaria, emorragie, infezioni, febbre, shock, setticemia, danno ai tessuti adiacenti, non cicatrizzazione e tetano, infezioni HIV nei paesi dove l'incidenza è alta. Alcune di queste complicazioni, nei paesi con scarse risorse di presidi medici, possono condurre a morte;
- *Complicazioni a medio termine*: vulvovaginiti, infezioni pelviche (comprendono infezioni dell'utero), cisti e ascessi vulvari, cisti da inclusioni, formazione cicatrici detraenti o di cheloidi, danni al dotto escretore della ghiandola del Bartolini con formazioni di cisti, formazione di un tumore benigno dei nervi (neurinoma raro ma doloroso). Il trauma psicologico provocato dall'intervento e dalle conseguenze sperimentate sul proprio corpo può portare a depressione reattiva, disturbi dell'alimentazione con malnutrizione ed anemia. In paesi in cui questi problemi sono frequenti a prescindere dalle MGF;
- *Complicazioni a lungo termine*: (dispareunia) difficoltà e dolore durante il rapporto sessuale, dismenorrea (mestruazioni irregolari e dolorose), difficoltà nella minzione con incapacità a svuotare la vescica , incontinenza urinaria, (soprattutto post partum) calcoli vaginali, legati alla ritenzione dell'urina dietro la cicatrice e al deposito dei sali di calcio, infezioni pelviche, cistiti, formazioni di cisti da ritenzione, formazioni di cicatrici detraenti o di cheloidi, vulvovaginiti, a volte fistole retto-vaginali di regola nel postpartum, ipersensibilità dell'area genitale, infertilità;
- *Complicazioni ostetriche:* il tessuto fibroso vulvare non permette la dilatazione necessaria per il normale svolgimento del parto, nel periodo espulsivo, con possibili danni al bambino e alla madre. Se non si procede tempestivamente alla riapertura dei tessuti della cicatrice il bambino può arrestare la sua discesa nell'ultimo tratto del canale vaginale e rischiare, per scarsa ossigenazione, danni cerebrali; la mamma può andare incontro a lacerazioni perineali, uretrali e rettali. Una ulteriore possibile complicazione dove il parto avviene in contesti non sanitari è rappresentata dalla rottura dell'utero, complicazione temibile sia in termini di morbilità e mortalità materna che neonatale. Inoltre, poiché le donne infibulate sono sottoposte con maggiore frequenza al taglio cesareo, rischiano più di altre la morte per emorragia o sepsi puerperale, specialmente nei paesi di origine e fuori dagli ospedali attrezzati;
- *Complicazioni psicologiche e sessuali*: le forme più demolitive delle MGF distruggono gran parte delle terminazioni nervose a livello vulvare. Altre conseguenze di tipo sanitario, come incontinenza fecale o urinaria a seguito di prolasso, fistole, infezioni, lacerazioni da parto, sono causa spesso di abbandono da parte del coniuge, di emarginazione, di suicidio. Difficoltà psicologiche sorgono in modo particolare nell'esperienza dell'emigrazione con il confronto, sia per le giovani che per le donne adulte, con altri modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile. Gli studi sulla sessualità e sulle conseguenze ad esse connesse sono spesso contraddittori e non basati sulla conoscenza anatomo-fisiologica della risposta sessuale femminile. Studi recenti dimostrano che, poiché le strutture erettili (punto di partenza della risposta orgasmica) di tutta la parte interna del clitoride (radici e crura), le strutture erettili dei bulbi del vestibolo e quelle peri uretrali rimangono intatte, vi è la possibilità, in caso di disfunzione sessuale, di riabilitare le donne ad una vita sessuale completa.[19] Alcune donne attribuiscono a questa esperienza il senso di umiliazione, di impotenza e di inibizione che accompagnano perennemente la loro vita, altre riferiscono di aver vissuto la mutilazione come uno stupro o come un tradimento da parte della famiglia con la conseguente difficoltà di costruire relazioni affettive persino con i propri figli.

[19] Catania, L., Abdulcadir O.H., Ferite per sempre. Ed. Deriveapprodi Roma 2005
Obermeyer, C.,M. The consequences of female genital mutilations: An up-date on the evidence. Culture Health and Sex,September- October 2005; 7(5): 443-461
Obermayer, C., Female genital surgeries: The Known, the unknown, and the unknowable. Medical Anthropology Quarterly 13 (1): 79-105.

La visita ginecologica può essere difficile, dolorosa, talvolta addirittura impossibile da effettuare; l'operatore, nell'effettuare la visita con delicatezza, dimostrando conoscenza e rispetto della cultura di appartenenza della donna e della pratica stessa, non dovrebbe insistere nell'effettuarla se questa provoca dolore eccessivo. E' comunque fondamentale limitare visite ed altre procedure allo stretto necessario.	**B**

In caso di MGF, specie nelle donne infibulate, la visita ginecologica appare complessa e spesso percepita come invasiva; va quindi spiegato in che cosa consiste e come viene svolta. Si deve procedere alla visita solo dopo aver ottenuto il consenso della donna, come è prassi, e si deve interrompere qualora venga richiesto, specie se trattasi di prima visita ginecologica.
Bisogna comunque sempre assicurarsi della comprensione di quanto detto anche se in presenza di interprete o mediatrice culturale.
Il colloquio, che deve tener conto delle possibili implicazioni etiche, psicologiche e terapeutiche, può avvalersi della mediazione culturale e deve essere costantemente improntato al rispetto del principio di autonomia della persona e a quello di beneficio (bene facere).

Durante tali controlli, in presenza di infibulazione, va sempre valutata con la paziente la possibilità dell'effettuazione del parto per vie naturali tenendo conto della apertura della vulva e di altre possibili complicazioni, informandola, inoltre, se non eseguita in precedenza, della possibilità di ricorrere alla deinfibulazione in corso di travaglio, o di essere sottoposta ad episiotomie allargate per evitare lacerazioni vulvo-vaginali.

Le informazioni accurate e complete sulla visita ginecologica e l'accettazione della stessa da parte della donna, possono portare alla decisione di effettuare altre indagini diagnostiche ginecologiche di prevenzione e controllo o in preparazione al parto (es. esecuzione del Pap test, ecografia pelvica addominale e/o transvaginale, ecc.).
Tutti i programmi di screening per la prevenzione del cancro del collo e del corpo dell'utero o al seno dovrebbero prevedere strategie particolari di coinvolgimento anche delle donne appartenenti a comunità con tradizione escissoria.

L'assistenza alla gravidanza e al parto dovrebbero essere effettuate con particolari accorgimenti nelle donne con MGF, anche in considerazione del fatto che tali pazienti vanno più facilmente incontro a complicanze.[20]	**A**

Particolare importanza riveste la prima visita che sarebbe opportuno effettuare non appena accertato lo stato gravidico.	**A**

Per l'assistenza alla gravidanza, sia quando si svolge in modo fisiologico che in condizioni patologiche, sospette o accertate, che configurano situazioni di rischio per la salute della donna e/o del nascituro, si rimanda al Decreto Ministeriale 10 settembre 1998 " Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità." (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 245 del 20 ottobre 1998).

[20] WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome; Banks E, Meirik O, Farley T, AkandeO, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six african countries. Lancet, 2006 Jun 3; 367 (9525):1835-41

Al momento del ricovero per il parto vanno date alla donna, specie se con infibulazione, tutte le informazioni sull'assistenza medica che verrà erogata e cui ha diritto, sulle modalità in cui si svolge il parto e le possibili complicanze.
Sarebbe opportuno che la donna, specie con infibulazione, venga seguita nei vari controlli prenatali dalla stessa equipe di personale sanitario, per creare un ambiente confidenziale ed essere aiutata in caso di presa di decisione ad esempio per una episiotomia o una deinfibulazione.

In presenza di infibulazione, il parto naturale può apparire quanto mai difficile e comunque l'induzione del parto può essere effettuata solo dopo la deinfibulazione.
La deinfibulazione dovrebbe essere praticata, se possibile, entro il primo trimestre della gravidanza o prima del parto se la paziente si presenta alla visita ostetrica dopo il quinto mese, per ottenere risultati migliori e ridurre il rischio di complicanze.
La deinfibulazione rappresenta inoltre il modo migliore per alleviare le difficoltà nell'esecuzione di visite ed esami ginecologici, nonché per poter seguire l'evoluzione del travaglio. [21]
Il ricorso al taglio cesareo viene visto dalle comunità con tradizioni escissorie come estrema soluzione in caso di rischio della vita della partoriente e molto spesso non intendono ricorrervi. In caso di necessità per la presenza di un rischio di sopravvivenza del feto o della madre, vanno fornite tutte le informazioni anche con l'aiuto di un interprete, al fine di addivenire ad una decisione.

In Italia è vietato effettuare la reinfibulazione, ma è doveroso riparare meglio possibile le eventuali lacerazioni perineali come per una partoriente senza MGF.

Durante il puerperio la donna va seguita accuratamente, e quando possibile anche mediante l'assistenza domiciliare, per il rischio di infezioni urinarie e assicurare i controlli successivi.
Dal punto di vista informativo-educativo, durante i controlli medici, in caso di feto o neonato di sesso femminile sarebbe quanto mai opportuno affrontare la problematica delle MGF, a tutela della salute materna e del nascituro.

La deinfibulazione andrebbe eseguita per le MGF di tipo III [22] e per tutte quelle che occludono in qualche modo l'ostio vaginale.	**A**

La deinfibulazione è un intervento chirurgico riparativo che si prefigge di creare un ostio vaginale normale e ricostruire, per quanto possibile, una partenza di piccole labbra a protezione dell'ingresso vaginale. L'intervento può essere parziale o totale a seconda che il taglio apra completamente la linea di fusione delle parti mutilate o si fermi appena al di sopra del meato urinario, e viene richiesto prima del matrimonio, o prima o durante la gravidanza per evitare un taglio cesareo, o al momento del parto. Tale intervento viene effettuato in anestesia locale o locoregionale e in rari casi viene eseguito in anestesia generale per scelta della donna.	**A**

[21] . Rouzi AA, Alihadali EA, Amarin ZO, Abduljabbar HS. The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. BJOG, 2001 Sep;108 (9). 949-51
[22] Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. J Obstet Gynecol, 2006 Jul; 108 (1): 55-60

E' fondamentale offrire alla donna con MGF di tipo III la possibilità di accedere alla deinfibulazione presso una struttura sanitaria appropriata e competente.
La deinfibulazione non è un intervento complesso, è eseguibile in regime di Day Surgery e quindi programmabile, ma può richiedere per la donna un forte sostegno psicologico e culturale.

Prima dell'intervento e dopo aver fornito tutte le necessarie informazioni, anche tramite la mediazione linguistico-culturale, ed essersi accertati della comprensione di quanto detto, è molto importante acquisire il consenso informato scritto all'intervento.

Per le donne con MGF, ricoverate presso le U.O. di Ostetricia e Ginecologia sarebbe opportuno integrare le informazioni contenute nella cartella clinica con specifiche informazioni relative alle MGF subite.	**A**

Il cambiamento culturale in direzione della prevenzione e contrasto delle MGF può essere favorito dalla fiducia delle comunità con tradizioni escissorie verso i servizi sanitari. Vanno adottate tutte le misure per la prevenzione e l'assistenza alle donne con MGF, quali ad esempio la formazione del personale sanitario a dare risposte alle esigenze delle donne con MGF, l'adeguamento dei servizi perché possano accogliere, evitando liste di attesa e con prenotazioni accelerate, richieste urgenti di intervento.

In caso di adolescenti con MGF di tipo III, prima di decidere di eseguire la deinfibulazione, vanno coinvolti entrambi i genitori nella decisione ed acquisito il loro consenso.
E' fondamentale far capire che la deinfibulazione non danneggerà in alcun modo la verginità fisica della ragazza spiegando che l'imene non sarà interessato dall'intervento.
Le informazioni corrette e l'acquisizione del consenso permettono di evitare conflitti con i genitori e con la comunità di appartenenza; va in ogni caso tutelata la volontà della giovane di vedere riparata una grave violazione della sua integrità fisica e del suo diritto alla salute, anche ricorrendo al giudice tutelare in caso di minorenne.

La deinfibulazione annulla gli effetti della MGF (in tutto o in parte) da un punto di vista fisico, ma non ripara i danni psicologici che dovrebbero essere trattati da personale competente.	**A**

Alcune donne a volte non desiderano affrontare tali argomenti prima della deinfibulazione, ma solo dopo di essa si mostrano interessate ad essere sostenute psicologicamente. Si sottolinea quindi l'importanza di fornire informazioni sui servizi territoriali di sostegno o su tutte le altre strutture che potrebbero offrire alle donne aiuto per far fronte ai loro dubbi ed alle loro preoccupazioni nella fase post- operatoria.

Le indicazioni mediche alla deinfibulazione sono ostetriche e ginecologiche:
Ostetriche: rendere possibile le visite di controllo durante tutto il periodo della gravidanza, facilitare e rendere possibile l'espletamento del parto per via naturale in assenza delle indicazioni assolute e relative al taglio cesareo.
Ginecologiche: rendere possibile la visita ginecologica e l'esecuzione di esami strumentali come PAP test, isteroscopia, ecografia transvaginale, revisione di cavità; risolvere problematiche ginecologiche come infezioni del tratto urogenitale, svuotamento di cisti da ritenzione della cicatrice, svuotamento di ematocolpo; risolvere problematiche psicosessuali come penetrazione impossibile, dispareunia, ecc.

Le tecniche utilizzate per la deinfibulazione sono due e cioè chirurgia con laser e chirurgia a lama fredda. Entrambi gli interventi sono ambulatoriali ed eseguiti in anestesia locale con carbocaina al 2%. Se la donna lo richiede si può ricorrere ad una anestesia generale breve. In entrambi i casi si deve essere in grado di affrontare ogni possibile variante o complicanza delle MGF (es. genitali reinfibulati più volte con anatomia fortemente modificata, aderenze, possibili emorragie, presenza di eventuali imprevisti come il reperto casuale di cisti vaginali, ecc.). In caso di donna vergine va posta la massima attenzione all'imene, adoperandosi a non lederlo. Bisogna sempre far decidere alla donna, prima dell'intervento, fino a dove desidera che il taglio venga prolungato, spiegandole come apparirà la vulva dopo l'operazione, questo per evitare che la donna sviluppi avversione per il nuovo aspetto dei genitali deinfibulati.
Chirurgia con laser: questo tipo di tecnica viene utilizzata soprattutto nei seguenti casi: in presenza di infibulazione molto serrata con cicatrice spessa, in presenza di cheloide, in presenza di complicanze locali (cisti da ritensione, assenza di residui tissutali con impossibilità di ricostruire una parvenza di labbra).
L'intervento viene eseguito sotto guida colposcopica e con anestesia locale. Si deve evidenziare bene questa zona, tenendola sollevata con un tamponcino inserito nell'ostio vaginale, per proteggere l'uretra sottostante.Il raggio laser provvede nel contempo a tagliare e a fare l'emostasi della ferita.
La cura post intervento richiede la massima igiene e una manovra giornaliera di divaricazione dei bordi della ferita per impedire che questi, durante il processo di guarigione, si risaldino insieme. Tali manovre vanno eseguite con l'ausilio di creme anestetiche e antibiotiche.
E' importante suggerire alla donna di urinare con i genitali immersi in una bacinella piena di acqua tiepida, per evitare di sentire bruciore.
Chirurgia a lama fredda (bisturi o forbici): è la tecnica più semplice e più frequentemente usata. Si esegue quando la cicatrice dell'infibulazione è sottile e senza complicanze e nei casi in cui si possa ricostruire parzialmente una parvenza di "labbra" a protezione dell'ingresso vaginale. La preparazione, la disinfezione e l'anestesia locale sono uguali a quelle utilizzate con la procedura con laser. Anche con questa tecnica è importante che la cicatrice venga sollevata rispetto alle strutture sottostanti inserendo, attraverso l'apertura vaginale, un bastoncino o un piccolo Klemmer o un Kocher a seconda delle dimensioni dell'orificio. Si procede all'incisione col bisturi (o con forbici) dal basso verso l'alto lungo la linea mediana fino a oltrepassare di circa 1 cm il meato uretrale. Si raccomanda la simmetria dell'incisione per un buon risultato estetico. Si suturano i bordi incisi con punti staccati o anche continui, utilizzando filo chirurgico monofilamento 00. La cicatrizzazione si ha nel giro di una settimana.
Le raccomandazioni igieniche e di assistenza sono le stesse descritte per la procedura con il laser.
In entrambe le procedure le donne vanno ricontrollate dopo 7 gg e dopo 1 mese.
L'intervento di deinfibulazione intrapartum, quando la donna infibulata non è stata sottoposta alla deinfibulazione preventiva durante la gravidanza, si effettua con le forbici da episiotomia o con il bisturi dal basso verso l'alto, lungo la linea mediana della cicatrice fino al meato uretrale. Quindi si procede alla normale episiotomia.
Dopo l'espulsione del feto e della placenta si procede alla sutura separata dei due lembi della deinfibulazione con punti staccati a scopo emostatico.
Spesso dalla donna o dal marito viene chiesto la reinfibulazione, ma deve essere spiegato che, per motivi legali e medici, il medico è tenuto a rifiutare ciò. Il medico deve ripristinare il più possibile la normale anatomia dei genitali e l'episiotomia viene suturata secondo la tecnica adottata normalmente.

In alcuni casi si assiste ad un fraintendimento/confusione tra infibulazione e riparazione delle lacerazioni del perineo legate al parto, che devono essere riparate in tutte le donne infibulate e non. Quando una donna chiede la deinfibulazione non si deve dimenticare di informarla che d'ora in avanti il modo di urinare sarà più veloce e a getto continuo (in tale situazione la donna non informata potrebbe spaventarsi al momento della minzione), che il flusso mestruale sarà più agevole e veloce, che, se non è più vergine, potrà fare le visite ginecologiche ed il PAP test, e potrà avere rapporti sessuali meno dolorosi.

Sarebbe opportuno conoscere il numero degli interventi di deinfibulazione che vengono effettuati negli ospedali italiani e codificare in modo omogeneo tale intervento nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), indicando in diagnosi principale il codice 624.4 "Pregressa lacerazione o cicatrice vulvare", in diagnosi secondaria il codice V50. 8 "Altro intervento chirurgico senza ragioni mediche" e, nel campo della procedura chirurgica, il codice che descrive l'intervento eseguito, che potrebbe essere il 71.79 (altra riparazione della vulva e del perineo).* ***Le indicazioni fornite sono già in fase di sperimentazione nella Regione Emilia-Romagna.***	

4.4 Raccomandazioni per le figure professionali che operano con le comunità di immigrati: la mediazione linguistico-culturale e gli operatori socio-sanitari

La realtà dell'immigrazione ha portato in evidenza in Italia la necessità della mediazione culturale, una funzione con molte sfaccettature che favorisce la comunicazione tra le istituzioni e le persone che parlano lingue diverse e appartengono a culture diverse.
I mediatori/trici culturali nelle strutture sanitarie mettono l'intero sistema in grado di mediare, accogliere e incontrare pazienti di cultura diversa, realizzano un'interfaccia e un accompagnamento essenziale nella prevenzione primaria. Non si tratta di perdersi nel culturalismo, ma di tenere conto nel quotidiano della situazione sociale, familiare, culturale di ciascuno nel rispetto della sua identità. Alcuni sentimenti infatti si esprimono bene solo nella lingua materna: la lingua non è solo uno strumento tecnico, ma un vettore d'espressione delle culture, dei sentimenti e della visione del mondo.

L'utilizzo della figura della mediatrice culturale nelle strutture sanitarie, come in ambito scolastico, deve essere fatto con discrezione e con la massima professionalità.

La figura della mediatrice culturale è stata utilizzata in campo sanitario in molte realtà, prevalentemente nel settore materno-infantile, con risultati positivi, in quanto è una figura che, favorendo la comunicazione, non interferisce con l'operato medico-sanitario, ma ne facilita la realizzazione dei compiti specifici.

Sarebbe opportuno che il mediatore/trice culturale manifestasse, nel proprio lavoro, discrezione, sensibilità e conoscenza del fenomeno delle MGF, con rispetto per le posizioni delle donne ed equilibrio nella traduzione nelle due direzioni.	

Il ruolo della mediatrice culturale, come quello dell'assistente sociale, nell'attività di mediazione culturale, dovrebbe favorire il rapporto tra istituzioni e famiglie, anche nel tentativo di far emergere l'atteggiamento nei confronti delle mutilazioni genitali.	

Quanto mai importante è la presenza delle mediatrici culturali in questo contesto, nel quale è determinante il peso della tradizione.
Le donne che si rivolgono alle istituzioni devono poter percepire che il loro rapporto con l'istituzione stessa è diretto e privilegiato, anche se intervengono figure che operano la mediazione culturale.
In molti casi vi può essere il timore che la mediatrice culturale, appartenente alla stessa comunità, indipendentemente dalla professionalità, possa essere percepita come un'intrusione, come un legame con la comunità di origine, un elemento potenzialmente condizionante il dialogo con le istituzioni.
In questi casi, che si possono anche prevedere ad esempio se la comunità è piuttosto ristretta e unita, bisogna tener conto della sensibilità delle donne e ricorrere a mediatrici culturali di altra comunità.
In altri casi invece, quando la comunità è ampia e con una forte articolazione al proprio interno, il mediatore/trice culturale appartenente alla stessa comunità può essere più rassicurante degli altri.

Le assistenti sociali hanno un ruolo importante sia all'interno del servizi sanitari territoriali e ospedalieri sia all'interno dei servizi sociali dei comuni, soprattutto quando sul territorio sono presenti aree di disagio sociale, comunità di immigrati e comunità a tradizione escissoria.
Il ruolo delle assistenti sociali è molto importante per il coinvolgimento delle donne che hanno subito MGF, e che potrebbero essere favorevoli a che queste siano praticate sulle loro figlie, in programmi di informazione/formazione sul diritto e sugli stili di vita salutari. Nei casi in cui hanno la percezione dell'esistenza di un rischio MGF per le bambine che vivono nelle famiglie seguite dai servizi sociali è importante coinvolgere la scuola, i servizi sanitari, le questure. E' ugualmente importante intensificare, nello stesso tempo, il rapporto con le famiglie per verificare da vicino l'esistenza del rischio e operare per contrastarlo.

L'assistente sociale può svolgere un capillare lavoro di promozione dei servizi sociali e sanitari offerti sul territorio, al fine di promuovere corretti comportamenti a tutela della salute delle donne e delle bambine.	√

Le assistenti sociali sono anche il tramite per coinvolgere non solo le donne ma anche i loro mariti e le comunità, in programmi di prevenzione e di tutela della salute che costituiscono il contesto all'interno del quale possono maturare posizioni di abbandono e di contrasto della tradizione delle MGF.
La vicinanza alla vita della famiglie e delle comunità da parte delle assistenti sociali, il supporto che danno alla tutela della salute dei minori ed all'inserimento scolastico, consentono loro di costruire quei legami di fiducia e di confidenza, con ogni famiglia, che possono far emergere anche gli aspetti più celati della propria cultura.

Il coinvolgimento degli uomini, da parte degli operatori, nel percorso di revisione di valori, norme e tradizioni che governano i rapporti uomo-donna, il ruolo della donna nella famiglia, la figura femminile nella società potrà favorire più efficacemente il cambiamento di comportamento rispetto alle MGF.	

Pretesti per allacciare rapporti possono essere anche momenti di socializzazione che valorizzano una tradizione, una solennità della comunità e che offrono l'occasione per aprire il dialogo, promuovere la conoscenza reciproca, aprire la comunità al mondo esterno.

Il coinvolgimento della comunità può avvenire più agevolmente attraverso contatti con *leaders* riconosciuti (religiosi, persone di successo, anziani), il cui comportamento genera un processo imitativo da parte di altri membri della comunità.

Importante è l'individuazione, nel contesto locale, di casi di rifiuto della tradizione della MGF, che possono costituire non solo un esempio da imitare, ma un precedente che dà sicurezza rispetto alle scelte che potrebbero essere compiute.

4.5 Raccomandazioni per operatori della scuola

La scuola può giocare un ruolo molto importante nella prevenzione delle mutilazioni genitali femminili poiché è sicuramente il luogo in cui, grazie ad una politica di incentivazione dell'accesso, passano quasi tutti i bambini figli di immigrati, regolari e non. E' bene quindi che gli insegnanti abbiano una conoscenza della tradizione delle MGF, dei Paesi nei quali è diffusa e delle motivazioni che portano molte donne a sottoporre le loro figlie a queste pratiche, della legislazione esistente in merito in Italia e negli altri Paesi.

E' importante che gli insegnanti sappiano riconoscere i possibili comportamenti delle bambine, il timore, l'ansia o l'aspettativa di un evento importante per la loro vita, i sintomi conseguenti ad una mutilazione avvenuta altrove.	√

Se gli insegnanti hanno la consapevolezza che nelle loro classi vi possono essere bambine a rischio MGF è bene che stabiliscano un rapporto stretto con le famiglie per verificare se questo rischio è reale.
Le strategie da mettere in atto saranno concordate con il docente referente provinciale per l'educazione alla salute, per il quale saranno previsti appositi corsi di informazione/formazione ed al quale saranno fornite apposite mappe territoriali con l'indicazione di operatori, assistenti sociali che operano con le comunità, associazioni di volontariato, centri d'eccellenza regionali, se esistono, che operano sul territorio. Sarà così possibile per l'insegnante potersi rivolgere a personale competente e preparato che potrà supportarlo sia nella fase di ascolto e percezione del problema che nella fase di contatto con le famiglie. Sarà anche utile predisporre programmi nazionali di educazione alla salute in cui possano essere affrontati i temi del diritto alla salute in generale, ed in particolare della salute della donna e delle bambine.

E' importante per gli insegnanti stabilire un rapporto di fiducia e di dialogo con le famiglie.	√

Occasioni di incontro e di discussione in generale sulla salute dei bambini/e che frequentano la scuola possono essere create, senza sollevare alcun sospetto e nessuna stigmatizzazione, nell'ambito delle attività promosse dal Collegio dei docenti. Anche altre occasioni possono essere utili per promuovere il dialogo e la socializzazione tra le famiglie dei bambini/e, come una festa con cibi etnici, occasione di apertura della scuola alle famiglie e di interesse nei confronti delle diverse culture e tradizioni. Infatti, solo all'interno di un rapporto di fiducia e di dialogo sarà possibile per l'insegnante divenire punto di riferimento esterno alla famiglia per le bambine a rischio MGF, acquisire elementi utili per valutare l'opinione delle famiglie sulle MGF, con particolare riferimento alle loro figlie.

Solo nei casi in cui sia stata appurata una certa adesione alla tradizione, potrà essere affrontato, con la famiglia, il discorso sulla posizione di decisa condanna delle MGF della legge italiana, per cercare di fermare ogni intenzione dei genitori di sottoporre la propria figlia a MGF, per passare poi ad argomentazioni più articolate per attivare ed accompagnare un processo di cambiamento culturale che contrasta con la tradizione e, nella maggior parte dei casi, con l'atteggiamento prevalente all'interno della comunità di origine.

Quando non vi è una forma di comunicazione esplicita su questi temi tra alunne ed insegnanti, il linguaggio del corpo può aiutare a decifrare situazioni di disagio o di difficoltà, situazioni di ansia, di irrequietezza in concomitanza con l'arrivo in famiglia di una vecchia zia o nonna o della programmazione di un viaggio nel Paese dei genitori. In questi casi è importante prevedere, con un pretesto, un incontro con i genitori cercando di conquistare la loro fiducia, informare i genitori che in Italia le MGF sono proibite e sono dannose per la salute delle bambine e delle ragazze.

E' importante per gli insegnanti osservare eventuali cambiamenti dei comportamenti che potrebbero essere l'espressione dell'avvenuta mutilazione.	

La bambina o la ragazza potrebbe impiegare molto tempo per urinare; potrebbe non partecipare ad attività di educazione fisica a causa dei dolori provocati dalle cicatrici, potrebbe subire cambiamenti nell'andatura e nei movimenti; la ragazza potrebbe soffrire di forti dolori mestruali e assentarsi dalle lezioni uno o due giorni al mese e/o presentare cambiamenti dell'umore e del comportamento, potrebbe parlare meno, tendere ad isolarsi, percepire la propria diversità, vivere con disagio la partecipazione ad attività di gruppo. In questi casi è importante attivare, nell'ambito scolastico un programma di sostegno psicologico e sanitario.

A tutte le età le bambine lanciano messaggi per comunicare le proprie sensazioni, le proprie paure, per chiedere aiuto. Messaggi che devono trovare l'orecchio degli adulti attento, pronti a cogliere segnali di denuncia di una situazione di rischio.
Con le alunne delle scuole medie gli insegnanti possono affrontare il discorso sulla crescita, sulle relazioni tra bambine e bambini, includendo, nei modi e nei termini opportuni, ove necessario, il tema delle MGF.
Le alunne appartenenti a comunità con tradizione escissoria potrebbero essere contattate direttamente da un'insegnante, con la quale sia stato stabilito un rapporto privilegiato, per sondare, in colloqui privati, se il tema delle MGF sia un argomento presente nella vita della ragazza e nell'ambito familiare, e, in caso affermativo, per affrontare questo argomento con la ragazza, con la famiglia e la comunità.
In caso di rischio, l'insegnante potrebbe interessare, attraverso il docente referente provinciale per l'educazione alla salute, esperti (psicologi e assistenti sociali operanti nell'ambito scolastico) o strutture specializzate (distretto sanitario, servizi per la promozione della salute in età evolutiva nella comunità, consultori familiari) che possano verificare il rischio, offrire ascolto, ma anche l'assistenza necessaria alla scuola, alle bambine, alle famiglie per innescare un processo culturale di revisione e messa in discussione delle proprie tradizioni in nome della dignità della persona e di diritti universali.

5. BIBLIOGRAFIA

- Abdulcadir O.H. , Deinfibulazione terapeutica in Il Ginecologo, vol 1, n. 2 giugno 2006
- Bilotti, E., La pratica della mutilazione genitale femminile, Mediterranean Review n. 3, 1997
- Catania, L., Abdulcadir O. H., Ferite per sempre, Derive e approdi, 2005 Roma
- Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. BMJ, 2006 Jul 15; 333 (7559):124. Epub 2006 Jun 27
- Johansen B. Elise R., Pain as a counterpoint to culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway, in Medical Anthropology Quarterly, 16(3), 2002
- Johansen, B Elise, R., Care for infibulated women giving birth in Norway Medical Anthropology Quarterly 20(4) 2006
- Johnsotter, S., FGM in Sweden, EC Daphne Project, International Centre for reproductive Health, Ghent University, Belgio 2003
- IDIL, Salvare le diversità, non la sofferenza. Le mutilazioni genitali femminili. Linee guida per gli operatori, 2001
- Leve E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with genital mutilation. Health Care Women Int. 2006 Apr; 27 (4):362-78.
- Lightfoot-Klein, H., prisoner of Ritual: some contemporary development in the History of Female Genital Mutilation, paper presentato al Secondo Simposio sulla Circoncisione a San Francisco, 30 aprile-3 maggio 1991
- Morrone, A., Vulpiani, P., Corpi e Simboli, Armando Editore, roma, 2004
- Nour, NM, Michels KB, Bryant AE. Deinfibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. J Obstet Gynecol, 2006 Jul; 108 (1): 55-60
- Obermeyer, C.,M. The consequences of female genital mutilations: An up-date on the evidence. Culture Health and Sex,September- October 2005; 7(5): 443-461
- Obermayer, C., Female genital surgeries: The Known, the unknown, and the unknowable. Medical Anthropology Quarterly 13 (1): 79-105.
- Pasquinelli, C., (a cura) Antropologia delle Mutilazioni Genitali Femminili, AIDOS, 2000
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Pari Opportunità, Linee Guida. Mutilazioni Genitali Femminili, 2001
- Regione Emilia Romagna, Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari, Consultori Familiari, Le Mutilazioni genitali femminili nella popolazione immigrata , Raccomandazioni per i professionisti, dic. 2000- febb. 2001
- Regione Toscana, Progetto ASL3 di Pistoia in collaborazine dell'Associazione Nosostras, Profilo informativo del fenomeno delle Mutilazioni genitali femminili, 2006
- Rouzi. A.A,, Alihadali EA, Amarin ZO, Abduljabbar HS. The use of intrapartum deinfibulation in women with female genital mutilation. BJOG, 2001 Sep;108 (9). 949-51
- Tola, V., G. Scassellati, Mutilazini Genitali Femminili, dimensioni culturali e problematiche socio assistenziali, Poletto editore, 2001
- Unicef, Innocenti Digest, Changing harmful social Convention: female genital mutilation/cutting, 2005
- Unicef, Female genital Mutilation/Cutting, A statistical exploration, 2005
- Unicef, Female Genital Mutilation/Catting, Statistical tables, 2006

- Villa. E., Grassivari Gallo, P., Psycholinguistic approaches to ritual labia minora elongation among the Baganda women of Uganda, in Denniston,G.C., ed altri (a cura di) Bodily Integrity and the Politics of Circuncision – Culture, Controversy, and Change, Springer, 2006
- WHO, Study group on female genital mutilation and obstetric outcome; Banks E, Meirik O, Farley T, Akande
- WHO, Female Genital Mutilation. Porgrammes to Date: What Works and What doesn't, Ginevra,1999
- WHO, Management pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital Mutilation, Report of a WHO technical Consultation, Ginevra 15-17 ottobre 1997
- WHO, Female Genital Mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement, Ginevra,1997
- WHO, Female genital Mutilation, Fact sheet n. 241, Ginevra, giugno 2000
- WHO, A systematic review of the Health Complications of female genital Mutilation, including Sequelae in Childbirth, Ginevra, 2000
- WHO *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* WHO FCH/WMH /00.5 Rev.1, Ginevra, (2000) .
- WHO, *Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives.* WHO /FCH/GWH/01.5., Ginevra, (2001)
- WHO, Policy Guidelines for nurses and midwives, Ginevra, 2001
- WHO, Female Genital Mutilation, A student manual, Ginevra, 2005
- WHO; Female genital Mutilation, A Teacher's Guide, Ginevra, 2001
- Yoder, P. ed altri, Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A critical and Comparative Analysis. DHS Comparative report, n. 7 2004
- WHO, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six african countries. Lancet, 2006 Jun 3; 367 (9525):1835-41

08A01830

AUGUSTA IANNINI, *direttore*

ALFONSO ANDRIANI, *redattore*
DELIA CHIARA, *vice redattore*

(G803054/1) Roma, 2008 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - S.

* 4 5 - 4 1 0 3 0 1 0 8 0 3 2 5 *

€ 3,00